

к случаю, являются серьезным стрессом для организма. Поэтому лучше заниматься часто, но понемногу.

Интенсивность физических нагрузок меняется в зависимости от срока беременности, особенностей ее течения, а также от индивидуальной физической подготовки, тренированности женщины. Однако в каждом случае вопрос о возможности, интенсивности и продолжительности физической активности будущей мамы решается индивидуально.

Занятия следует проводить через 2 часа после еды. Во время занятий физкультурой необходимо избегать перегрева и обезвоживания. Вероятность перегрева увеличивается при излишнем укутывании, занятиях во влажных и жарких помещениях. Комната для занятий должна быть проветрена. Следует подобрать удобную, гигроскопичную, не стесняющую движений одежду и обувь для физкультуры. Между упражнениями следует пить небольшое количество жидкости, а после занятий выпивать не менее полулитра воды.

Кроме соблюдения основных принципов здорового образа жизни для беременной женщины особенно важным является полноценный сон. Во время беременности меняется структура сна. Фаза глубокого сна менее продолжительна, поэтому женщине не всегда удается полноценно отдохнуть. Ночные вставания в туалет или изжога, частые спутники беременности, особенно в третьем триместре, снижают качество сна. Ученые считают, что недостаточный сон во время беременности может приводить к снижению иммунитета, развитию депрессии и осложнениям во время родов. Поэтому нужно постараться оптимизировать качество своего сна, чтобы избежать этих нежелательных последствий.

Основную лепту в здоровье будущего малыша мы вносим во время беременности и заботясь о нем в период младенчества. Но фундамент здоровья вашего ребенка – это ваше здоровье. Поэтому, заботясь о своем здоровье, вы вносите вклад в здоровье будущего поколения.

О ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ДЕПРЕССИИ РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. П. Романова, Н. Г. Гвоздь, О. А. Харьковца

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Управление современными организациями как вид трудовой деятельности предполагает воздействие ряда факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье руководителя. Управленческая деятельность связана с эмоциональным напряжением, приводящим к развитию психосоматических заболеваний. Стресс как основной фактор риска здоровью в связи с профессиональной деятельностью является основной причиной, вызывающей нездоровье руководящих работников [2, 4, 5].

Депрессия – одна из самых распространенных реакций на стресс, приводит к длительному психическому угнетению, снижает

трудоспособность, нарушают нормальное течение личной жизни. Риск депрессии подвержены до 10% руководителей [4]. Поэтому эффективность руководителя во многом определяется способностью противостоять стрессам, справляться с большой физической и психологической нагрузкой в течение длительного времени, в том числе за счет наличия знаний и умений рациональной организации труда и отдыха. Физическая выносливость и устойчивость к психологическому напряжению определяют успех руководителя, также как и организаторские способности [1; 2].

Цель исследования: определить предрасположенность к депрессии как результату профессионального стресса руководящих работников здравоохранения и оценить различия по полу и возрасту

Материалы и методы. При проведении исследования применены метод психологического тестирования и статистические методы. В качестве инструмента исследования был использован опросник «Подвержены ли Вы депрессии?», который содержал 20 вопросов с вариантами ответа «да» в случае согласия и «нет» в противоположном случае [3]. Набранные баллы в диапазоне 0–7 свидетельствовала об устойчивости к депрессии и характеризовала испытуемых как вполне счастливых и довольных жизнью людей, умеющих жить в согласии с собой, близкими людьми и окружающим миром. Сумма баллов в диапазоне 8–15 свидетельствовала о подверженности депрессии и наличии потенциальной возможности справляться с негативными переживаниями. Сумма баллов свыше 15 свидетельствовала об имеющейся депрессии.

Объект исследования представлен руководящими работниками системы здравоохранения. Среди 235 руководителей, принявших участие в исследовании, преобладали женщины, удельный вес которых составил 60,4% (142/235). Мужчины-руководители составили 39,6% (93/235). Средний возраст руководителей составил $45,7 \pm 1,21$, в том числе у женщин – $45,9 \pm 1,44$, у мужчин – $45,3 \pm 2,1$ года. В группе исследования преобладали лица в возрасте 41–50 лет, удельный вес которых составил 40,4% (95/235).

48,5% (114/235) участников исследования имели стаж руководящей работы до 5 лет. Среди женщин эта группа составила 52,8% (75/142), среди мужчин – 40,6% (39/93). Стаж более 20 лет указал каждый десятый участник исследования (23/235). Отмечены статистически значимые различия распределения по стажу управленческой деятельности у мужчин ($p < 0,05$) и женщин ($p < 0,01$). Медиана стажа руководящей работы в группе исследования составила 6 лет (25-й процентиль = 2 года, 75-й процентиль = 14 лет). Статистическая обработка результатов осуществлена с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 7.0».

Результаты. Склонность к депрессии у руководящих работников в группе исследования в единицах оценки результатов теста (медиана и интерквартильный размах) составила 5 [2; 7] баллов, в том числе у мужчин – 4 [2; 6] балла, а у женщин – 5 [3; 8] баллов. Выявлены статистически значимые различия подверженности депрессии у мужчин и женщин (Mann-Whitney U Test $z=3,03$ $p=0,002$). 78% участников исследования по

результатам тестирования были устойчивы к депрессии. Однако среди женщин удельный вес был ниже – 72,5%, чем у мужчин, у которых он составил 86%. Каждая 5-я женщина-руководитель и только каждый 10-й мужчина-руководитель были подвержены депрессии. Только у 2 женщин, по результатам тестирования было выявлено состояние депрессии, что составило 0,85% от общего числа участников исследования и 1,4% среди женщин-руководителей. Подверженность депрессии женщин была статистически значимо выше, чем мужчины - руководителей ($p=0,04$). Выявлены статистически значимые различия предрасположенности к депрессии руководящих работников здравоохранения различных возрастных групп ($p=0,01$). Соотношение мужчин и женщин при различных степенях подверженности депрессии менялось в пользу женщин-руководителей по мере увеличения степени склонности к депрессии. Среди устойчивых к депрессии руководителей удельный вес мужчин и женщин различался весьма незначительно: количество женщин и мужчин составило 56% (103/183) и 44% (80/183) соответственно.

Подверженность депрессии руководящих работников возрастной группы до 30 лет (медиана и интерквартильный размах) составила 3 [2; 6] балла, 31–40 лет – 4 [2; 6] балла, 41–50 лет – 5 [3; 8] баллов, 51–60 лет – 5 [3; 7] баллов, более 60 лет – 6,5 [4; 11] балла.

Выявлены статистически значимые различия склонности к депрессии различных возрастных групп руководящих работников здравоохранения (Kruskal-Wallis test: $H=13,28$ $p=0,01$).

Наибольший удельный вес – 94,1% среди устойчивых к депрессии руководящих работников составила возрастная группа до 30 лет. Влияние возраста на склонность к депрессии не установлено ($p=0,31$), при этом, выявлена слабая положительная корреляционная связь между возрастом руководителей здравоохранения ($r=0,24$) и склонностью к депрессии ($p=0,0002$). Наибольшее число устойчивых к депрессии мужчин - руководителей, отмечено в возрастной группе до 30 лет, в которой их удельный вес составил 100%. Доля устойчивых к депрессии женщин была наиболее высока в возрастной группе 31–40 лет – 85,7% и группе до 30 лет – 83%. Подверженность депрессии у мужчин-руководителей здравоохранения статистически значимо выше после достижения ими 50 и более лет ($p=0,03$), у женщин 60 и более лет ($p=0,02$) по сравнению с руководителями другого возраста. Установлена средняя положительная корреляционная связь между возрастом и склонностью к депрессии у мужчин – руководителей ($r=0,3$, $p=0,003$). Такая связь у женщин – руководителей была менее выражена ($r=0,2$, $p=0,002$).

Выводы 1. 3/4 руководящих работников здравоохранения устойчивы к развитию депрессии. В большей степени мужчины-руководители, чем женщины, а в совокупности 90% руководителей в возрасте до 30 лет устойчивы к депрессии.

2. Подверженность к депрессии больше выражена у женщин-руководителей. Склонность к депрессии у мужчин-руководителей

здравоохранения наиболее выражена после достижения 50 и более лет, у женщин - 60 и более лет.

Таким образом, приобретение устойчивости к профессиональному стрессу через формирование профессиональных компетенций, развитие умений и навыков снятия стрессового напряжения в целях профилактики развития депрессивных состояний остаются актуальными на протяжении всего периода профессиональной управленческой деятельности, вплоть до достижения руководителями возраста 50 лет.

Литература:

1. Амиров, Н.Х. Труд и здоровье руководителей: Монография/ Н.Х. Амиров. – Казань: Геотар-Мед, 2002. – 136 с.
2. Валаханович, С.А. Профилактика стресса и психологическое здоровье руководителя [Текст]/ С.А. Валаханович// Проблемы управления. – 2014. – № 3(52). – С. 78–81.
3. Ваши деловые качества. – Екатеринбург: У-Фактория, 2003. – 304 с.
4. Катков, С.В. Профессиональная диагностика руководящих кадров на предприятии с использованием теста Кеттелла 11-PF// Управление персоналом. – 2001. – № 8. – С. 56.
5. Кэмпбэлл, Квик Джеймс. Здоровье руководителя: Глазами газеты «Financial Times» /Квик Джеймс Кэмпбэлл [и др.]; Пер. с англ. – Днепропетровск: Баланс-Клуб, 2003. – 208 с.

ЧЕТЫРЕ ПРИНЦИПА МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. Н. Ростовцев, Т. И. Терехович, И. Б. Марченкова

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения»*

Организационная и экономическая модель здравоохранения Республики Беларусь в ее текущем состоянии достаточно эффективно решает задачи лечебной медицины. Поэтому сегодня речь идет не о каком-либо радикальном изменении существующей модели, а о её позитивном развитии. Отсюда, первый главный принцип – это принцип позитивного развития. Принцип позитивного развития предполагает режим максимального сохранения уже работающих, достаточно эффективных и достаточно рентабельных медицинских технологий и режим максимальной поддержки инновационных процессов (инновация – это процесс и результат введения в практическую деятельность новой идеи).

Существующая инновационная политика в области здравоохранения (политика – это система приоритетов распределения ресурсов: интеллектуальных, финансовых, информационных, организационных, юридических и других) не обеспечивает реальной поддержки инновационных процессов в отрасли. Во многом это обусловлено недостаточной инфраструктурной поддержкой инновационных процессов на всех этапах от возникновения идеи до реализации. Отсюда следует второй главный принцип – это принцип инфраструктурного обеспечения инноваций.

Принцип инфраструктурного обеспечения инноваций предполагает создание конкретной организационной структуры для выполнения, а равно и для организации или инициации выполнения работ, включающих системную